

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 58

Année scolaire 1939-1940

Considérations sur le
**Traitement chirurgical des lésions
des ménisques du genou**
accompagnées de blocage articulaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Pierre-Henri GRANGE

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 6 Novembre 1915, à Lyon (Rhône)



Imp. G. Neveu et C^{ie}, Lyon
21, Rue Vieille-Monnaie

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 58

Année scolaire 1939-1940

**Considérations sur le
Traitement chirurgical des lésions
des ménisques du genou
accompagnées de blocage articulaire**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Pierre-Henri GRANGE

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 6 Novembre 1915, à Lyon (Rhône)



Imp. G. Neveu et C^{ie}, Lyon
21, Rue Vieille-Monnaie

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

Professeurs honoraires

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.

Professeurs

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LEPINE (J.).
Clinique oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		CHALIER (J.).
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		MARTIN (J.-F.).
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE.	RAVAULT (P.).	CLAVEL.	FROMENT (R.)
CHAMBON.	PIGEAUD.	LEVRAU.	MARTIN (P.-E.).
REVOL.	CROIZAT.	BANSSILLON.	MOUNIER-KUHN.
ENSELME.	DELORE.	MALLET-GUY.	BROUSSY.
SÉDALLIAN.	JOSSERAND.	ROMAN.	PIFFAULT.
CREYSSEL.	MORIN.	PEYCELON.	
DE ROUGEMONT.	BERTRAND.	JOURDAN.	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PATEL, *Président* ;
MORENAS et SÉDALLIAN, *Assesseurs*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR PIERRE GRANGE

Sa persévérante attention m'a conduit aux charmes de la profession médicale. Il restera pour moi l'exemple du dévouement et de la conscience. Pour lui témoigner ma reconnaissance et mon affection, je m'efforcerai d'être fidèle à ses principes.

A MA FEMME

Grâce à elle, ma tâche laborieuse fut une joie.

A MA FILLE

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR JEAN HAOUR

Sa vivacité souriante fait de lui un ami affectueux. Il est pour moi l'image du chirurgien humain, objet de mon désir.

A MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

Etudiant en Médecine,

que la guerre a privé d'un succès hospitalier mérité.

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Après avoir médité le très remarquable rapport des Professeurs Tavernier et Mouchet, au Congrès de Chirurgie de 1926, auquel nous ferons de nombreux emprunts, il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur les traumatismes des ménisques du genou. Le très clair exposé de ces auteurs pour l'étude anatomique et la physiologie des ménisques, les minutieuses descriptions de la pathogénie, de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et du diagnostic des lésions de ces organes resteront certainement classiques pour l'étude de ces affections, anciennes comme l'humanité, mais étudiées, connues et surtout traitées depuis à peine un demi-siècle.

Si sur cette première partie du mémoire des rapporteurs au Congrès de Chirurgie, l'unanimité est absolue, lorsqu'on étudie le long chapitre consacré au traitement, et surtout la discussion qui a suivi, on s'aperçoit de la multitude des méthodes préconisées. par les chirurgiens du monde entier, dont certains montrent des statistiques impressionnantes par des résultats toujours remarquables parce que parfaits

(statistique des frères Mayo); et, chose curieuse, ces méthodes vont de la négative chirurgicale (Roux) jusqu'à des délabrements qui semblent devoir être difficilement réparables, pour donner au genou un fonctionnement intégral et une solidité absolue. Il nous semble donc que les méthodes, de délabrements très vastes (arthrotomie à large ouverture, section d'emblée du ligament latéral interne, section de la rotule, section du ligament rotulien), si elles sont parfois nécessaires pour voir clair dans l'articulation, ne doivent point être érigées en méthodes systématiques dans tous les cas. Certaines de ces lésions ne peuvent-elles guérir spontanément ?... Ne faut-il pas savoir parfois temporiser ?... Il est des cas où le meilleur acte chirurgical n'est point l'audace, mais l'abstention.

Ce sont les réflexions qui nous sont venues après l'étude des trois observations que notre Maître et ami de toujours, M. le Professeur Patet, a bien voulu nous confier. Qu'il reçoive ici le témoignage de toute notre reconnaissance pour les sages conseils qu'il nous a prodigués depuis notre première enfance, et pour le dévouement avec lequel il a bien voulu assister, dans des moments critiques, toute notre famille. Nous le remercions aussi d'avoir bien voulu présider le Jury de notre thèse, et l'assurons que, dans la pratique de notre art, nous nous inspirerons toujours des paroles par lesquelles il terminait sa leçon inaugurale de la chaire de pathologie chirurgicale :

SCIENCE ET CONSCIENCE.

ANATOMIE DES MÉNISQUES

Entre les surfaces osseuses de l'extrémité inférieure du fémur et du plateau tibial, il n'y a pas concordance : la convexité des condyles est beaucoup plus accentuée que la concavité très légère des cavités glénoïdes ; pour combler cet interstice, sur chaque cavité glénoïde existe un fibro-cartilage en forme d'anneau dont l'épaisseur maxima est à l'extérieur, diminuant de la périphérie au centre, la coupe de ce fibro-cartilage présente l'aspect d'une lame prismatique. Cette disposition augmente la concavité des cavités glénoïdes et permet une adaptation parfaite des condyles revêtus de cartilage hyalin.

Ces fibro-cartilages sont les ménisques ou cartilages semi-lunaires : l'un interne, l'autre externe ; la face supérieure, concave, se moule sur le condyle correspondant ; la face inférieure, presque plane, repose sur la cavité glénoïde ; la circonférence externe, très épaisse (5 à 9 millimètres), adhère à la capsule articulaire ; la circonférence interne, très mince, regarde le centre de la cavité glénoïde, dont elle est séparée par une dizaine de millimètres.

Les deux ménisques ne sont pas absolument semblables : l'externe forme un cercle presque complet, interrompu en dedans au niveau de l'épine tibiale, dans une petite étendue ; l'interne ne décrit que les trois quarts d'une circonférence, interrompue sur une surface beaucoup plus grande au niveau de l'épine.

Le ménisque externe se fixe, par sa corne antérieure prespinale, un peu en avant du ligament croisé diatement en avant de l'épine du tibia ; par sa corne postérieure, sur les deux tubercules de cette même épine. De cette dernière corne part un faisceau considérable, le ligament ménisco-fémoral, qui vient renforcer le ligament croisé postérieur et s'insérer avec lui, dans l'échancrure intercondylienne, sur le condyle interne. La corne antérieure, dans la plupart des cas (Testut), une fois sur dix (Jacob et Worms), émet un faisceau analogue, mais plus petit, qui, par le ligament croisé antérieur, va jusqu'au condyle externe.

Le ménisque interne a la forme d'un C très ouvert ; il se fixe, par sa corne entérieure, sur la surface antérieure prespinale, un peu en avant du ligament croisé antérieur. Sa corne postérieure s'insère sur la surface triangulaire rétro-spinale, en arrière de l'insertion du fibro-cartilage externe et en avant du ligament croisé postérieur.

Le ménisque interne est attaché plus solidement à la périphérie que le ménisque externe.

La hauteur des ménisques est maxima en arrière, un peu moindre en avant ; plus grande pour le ménisque interne. Avec l'âge, les ménisques diminuent de volume.

Les deux ménisques sont reliés l'un à l'autre, à leur partie antérieure, par une petite bandelette fibreuse à direction transversale : c'est le ligament transverse du genou, rarement très prononcé, souvent à l'état de cordon très ténu.

C'est par la capsule articulaire, à laquelle la base du ménisque adhère intimement, que les vaisseaux nourriciers arrivent au ménisque, sans pénétrer cependant dans le tissu fibro-cartilagineux ; ce manchon capsulaire est recouvert par les expansions des vastes externe et interne du quadriceps fémoral, dont le feuillet profond est vraiment soudé à cette capsule.

Physiologie des Ménisques

Les ménisques vont servir à transformer les cavités glénoïdes du tibia en véritables cupules à grand rayon, dans lesquelles les condyles vont s'emboîter exactement ; ils servent à répartir d'une façon uniforme la pression des condyles sur le plateau tibial ; d'autant plus que mobiles sur le plateau tibial, ils fuiront vers l'extérieur dans la mesure où le leur permettent les ligaments qui les maintiennent en place.

Ils s'adaptent donc constamment à la forme de l'espace inter-tibio-fémoral, qui varie dans les diverses positions du genou, favorisant ainsi les mouvements, soit de rotation, soit de glissement, que les condyles du fémur font dans les déplacements de cet os sur le plateau tibial.

Les déplacements des ménisques sont conditionnés

par les mouvements des condyles : en roulant et glissant en avant dans l'extension, repoussant les ménisques devant eux ; en roulant et glissant en arrière dans la flexion, entraînant les ménisques en arrière. Donc, dans l'extension, les ménisques se déplacent d'arrière en avant ; dans la flexion, d'avant en arrière.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les lésions traumatiques des ménisques du genou, ceux-ci se déchirent, puis peuvent ou non se luxer après cette déchirure préalable qui les a privés de leurs moyens de fixité habituels. La luxation n'est donc que secondaire, et c'est elle qui va conditionner la manifestation symptomatique la plus caractéristique ; cette luxation peut manquer ou tarder à se manifester.

Les déchirures sont variables comme forme et comme siège. On observe les lésions suivantes :

1° Déchirure longitudinale (la plus fréquente) :

soit incomplète, (siégeant à la partie antérieure du ménisque ;

soit complète, donnant le *meniscus bipartitus* ; la bandelette latérale reste attachée à la capsule ; la bandelette médiane peut s'écarter plus ou moins d'elle et peut remonter dans l'échancrure inter-condylienne ;

soit une fissure longitudinale qui passe au ras de l'insertion capsulaire : c'est alors la désinsertion du ménisque.

2° Arrachement de l'insertion antérieure du ménisque (accident le plus fréquent après le *meniscus bipartitus*).

3° Rupture transversale du ménisque, qui peut être complète ou incomplète, soit unique, soit multiple, siégeant soit au tiers intérieur, soit au tiers postérieur, soit au milieu.

4° Arrachement de l'insertion postérieure du ménisque.

5° Fissuration horizontale du ménisque, celui-ci étant comme dédoublé.

6° Laxité méniscale pouvant donner le genou à ressort.

Ces trois derniers cas sont rares.

L'évolution de toutes ces lésions n'a presque aucune tendance à la guérison.

Le genou droit est le plus souvent touché : les statistiques anglaises donnent de 78 à 95 % de déchirures à droite. Les deux genoux sont très rarement atteints ensemble.

Les lésions sont beaucoup plus fréquentes sur le ménisque interne que sur l'externe, parce que dans la sustentation les deux jambes travaillent en opposition comme les piliers d'une voûte ; les pressions sont plus fortes sur le condyle interne que sur l'externe. Chez la femme, le genu valgum physiologique augmente les pressions sur le condyle externe, ce côté étant aussi souvent lésé que l'interne (Patel).

ETIOLOGIE

Tout effort violent, tout mouvement brusque, tout faux pas ou toute chute peuvent occasionner une rupture méniscale.

Rares avant 15 ans, les ruptures méniscales sont fréquentes à l'âge de l'activité professionnelle ou sportive. Les hommes y sont plus exposés que les femmes.

Certains métiers sont plus touchés : travailleurs des fabriques, manœuvres, cultivateurs, jardiniers, soldats lourdement chargés ; mais, de tous, ce sont les mineurs qui travaillent dans une position accroupie, en flexion forcée des genoux. Dans les statistiques anglaises, les mineurs sont touchés dans la proportion de 62 %.

Chez les sportifs, ce sera surtout la pratique du ski et du football qui donnera le plus de déchirures ; viennent ensuite le patinage, l'alpinisme, la lutte, la gymnastique, l'équitation.

L'attitude de la jambe lors de l'accident sera généralement la demi-flexion et la rotation externe, l'extension et la super-extension dans le coup de pied à vide du footballeur.

Ces déchirures méniscales sont plus fréquentes en Angleterre et en Suisse.

SYMPTOMATOLOGIE

Le plus souvent, une lésion méniscale comporte un traumatisme du genou, d'intensité variable, qualifié d'entorse du genou, avec symptômes plus ou moins bruyants, douleurs, hydarthrose, qui masquent la lésion méniscale ; puis, par la suite, se produisent des incidents entrecoupés de périodes d'accalmie. Parmi ceux-ci, le blocage est le symptôme caractéristique.

BLOCAGE. — Si le blocage est un incident parfois tardif, il peut être un signe de début. Ainsi chez les sportifs : pendant le saut, une partie de football, de hockey, de tennis, de patinage, d'escrime, au cours d'un mouvement violent une brusque et très vive douleur se produira au genou et le joueur ne peut plus allonger la jambe.

Le blocage est donc l'accident qui survient à l'improviste, à l'occasion d'un mouvement anormal ou au cours d'une marche normale, mais rapide ; il consiste en une immobilisation brusque du genou qui se trouve tout à coup en légère flexion avec impossibilité d'étendre la jambe, la flexion étant conservée ; si le malade

cherche à forcer l'extension, cela est impossible et s'accompagne de douleurs.

Lorsque le blocage est fréquent, le plus souvent les malades savent réduire eux-mêmes leur luxation méniscale, par des pressions directes sur le genou, le membre étant dans une certaine position connue d'eux et variable selon les cas. La réduction se fait brusquement, souvent avec claquement, et les mouvements du genou redeviennent de suite possibles ; mais parfois le genou reste douloureux et il se montre un peu d'hydarthrose. Mais ces blocages peuvent durer assez longtemps. Dans notre Observation I, le blocage a duré 7 jours ; dans l'Observation III, par deux fois le blocage a duré 8 jours, et, dans les deux cas, la réduction n'a pu se faire qu'avec le repos.

Les blocages se produisent de façons fort variées. Si parfois il est en quelque sorte instantané, il met, dans certains cas, des années à se produire. Dans l'Observation III, c'est au bout de trois ans qu'il apparaît. Selon les intervalles très courts ou très longs, il en résulte, soit une gêne légère, soit une véritable infirmité, d'autant plus que les retentissements articulaires, douleur, hydarthrose sont d'autant plus pénibles que le blocage est plus fréquent. Rarement ces blocages disparaissent complètement, mais quelquefois les accidents deviennent de moins en moins fréquents, ainsi que les réactions articulaires ; la maladie devient plus tolérable.

La douleur et l'hydarthrose sont les compagnes habituelles du blocage, mais elles peuvent exister en dehors des périodes de blocage.

DOULEUR. — La douleur est caractérisée par son siège ; elle est nette en un point très précis situé au niveau de l'interligne, entre le bord du ligament rotulien et le bord du ligament latéral interne. Le point douloureux, spontané ou à la pression est au niveau de la corne antérieure du ménisque.

Cette douleur a souvent des irradiations plus ou moins violentes, plus ou moins lointaines ; elles sont rarement continues. :

HYDARTHROSE. — L'hydarthrose est plus irrégulière que la douleur, son volume est très variable ; elle est plus ou moins fugace, parfois périodique ; elle peut manquer (Observations II et III).

Les atrophies musculaires sont assez constantes dans les cas anciens ; rarement elles sont très considérables. Leur importance semble être fonction du blocage et de l'hydarthrose.

L'arthrite sèche est exceptionnelle (Tavernier).

Les lésions des ligaments de l'articulation du genou peuvent être associées à celles des ménisques.

RADIOGRAPHIE. — La radiographie ne donne rien, les ménisques étant transparents aux Rayons X ; mais elle peut renseigner sur des lésions concomitantes (arrachements osseux, fractures partielles, corps étrangers, décalcification).

DIAGNOSTIC

Blocage, douleur sur l'interligne, hydarthrose, c'est la triade symptomatique qui fait le diagnostic positif. Les cas où elle existe ne prêtent à aucune confusion.

Un corps étranger intra-articulaire sera diagnostiqué par la palpation aidée de la radiographie, qui donnera un résultat positif surtout s'il est pédiculé dans l'espace intercondylien (Patel).

Il faut aussi songer, pour les éliminer, aux pincements des franges ou des replis de la synoviale.

Les formes frustes sont très importantes à connaître, car les formes douloureuses sont prises habituellement pour des douleurs rhumatismales, et les formes avec hydarthrose pour des hydarthroses tuberculeuses ; c'est la constance du siège de la douleur qui est caractéristique : un malade qui souffre d'un seul genou et, dans ce genou, toujours au même point méniscal, n'est pas un rhumatisant ni un candidat à la tuberculose. Pour l'hydarthrose c'est comme pour la douleur, la périodicité, qui est révélatrice : une hydarthrose tuberculeuse diminue par le repos, elle ne disparaît pas complètement, pour réapparaître

comme celle qui est due à une lésion traumatique résiduelle intra-articulaire.

Le diagnostic du siège de la lésion anatomique est-il possible ?... Oui, dit Tavernier. Pour lui, le blocage vrai irréductible serait toujours dû au *meniscus bipartitus*, dont la bandelette interne déplacée dans l'espace intercondylien empêcherait l'extension de la jambe ; les autres lésions ne donneraient que des blocages fugaces. Cependant, dans notre Observation I, avec déchirure transversale au tiers postérieur du ménisque interne, la malade est restée en blocage irréductible sept jours. Dans l'Observation III, il y a un blocage irréductible deux fois huit jours, la déchirure transversale siégeant à la partie médiane du ménisque interne. D'autre part, Tavernier (page 67) cite un cas où le blocage existait et où l'opération a montré des ménisques normaux. D'après ces faits, on voit combien le diagnostic de la forme anatomique de la lésion est difficile.

TRAITEMENT

1° Traitement non sanglant

Toute une catégorie de malades, ne présentant que de faibles désordres articulaires sans réactions violentes, qui tendent à la disparition, ne sont pas justiciables d'une intervention chirurgicale ; le traitement est alors l'immobilisation.

Dans certains cas, le malade lui-même réduit sa luxation ; parfois la réduction est plus lente. Mais par le repos qui amène la résolution musculaire, en l'accompagnant de manœuvres de traction en légère flexion, elle s'obtient après quelques jours de lit, en même temps que la douleur et l'hydarthrose disparaissent.

La douleur est calmée généralement par le repos ; les antinévralgiques (antipyrine, pyramidon, aspirine) pourront être employés comme adjuvants, en y ajoutant la chaleur. Certains auteurs y ont ajouté l'appareil plâtré. Le plus souvent, le repos au lit est suffisant. Le massage employé par Roux comme sédatif de la douleur n'a, entre les mains de Tavernier,

donné que des déboires, exacerbant celle-ci au lieu de la calmer ; il est également bien douteux que le massage puisse être curatif.

2° **Traitement sanglant**

Comme nous n'avons aucun moyen pour remettre le ménisque en place par manœuvres externes et éviter le retour des accidents ; si la répétition des blocages, l'intensité des douleurs et l'hydarthrose causent une gêne sérieuse, il faudra intervenir, d'autant plus que dans les conditions actuelles de la circulation intense sur les voies publiques, un blocage subit peut déterminer un accident mortel. Certains de ces malades, devenus de véritables infirmes, demandent eux-mêmes une intervention.

Le traitement sanglant sera donc décidé, parce que nécessaire, par suite du blocage qui conditionne l'intervention.

Cette intervention devra être aussi économique que possible, parce qu'il faut causer le moins de dégâts à tous les moyens de contention du genou, parce qu'il faut économiser la durée de l'immobilisation, afin d'éviter les atrophies musculaires et la perte de temps.

Il ne devra pas exister un traitement sanglant systématique à larges délabrements pour tous les cas. On devra songer à l'avenir du genou opéré, qui aura d'autant plus de chances de retrouver un fonctionne-

ment normal qu'il aura, surtout dans ses ligaments, subi moins de traumatismes.

L'intervention sera rarement immédiate. Cependant, chez les sportifs jeunes, avec impossibilité de réduction et ménisque saillant dans l'interligne, elle est conseillée par P. Mathieu ; qui, au contraire, chez les sujets plus âgés, fait précéder toute intervention d'un repos de trois semaines.

Voyons ce qui a été proposé et ce qui nous paraît normal de pratiquer.

1° *Méniscopexie*

Le méniscopexie (suture du ménisque déchiré), proposée en 1883 par Annandale, est aujourd'hui complètement délaissée. On ne sait d'ailleurs où fixer ces ménisques dont la vitalité est nulle.

2° *Méniscectomie*

Pratiquée pour la première fois par Brodhurst en 1866, est, surtout depuis la guerre, devenue en France une opération pratiquée couramment. Mais l'accord ne s'est pas fait sur le procédé d'Arthrotomie, qui doit permettre la méniscectomie. Que ce soit au Congrès d'Orthopédie anglais (1924), au Congrès de Chirurgie de Paris (1926), au Congrès International d'Orthopédie en Italie (septembre 1936), on est frappé de la multiplicité des procédés d'Arthrotomie qui ont été proposés, chaque chirurgien vantant générale-

ment le procédé qu'il a adopté, en produisant des statistiques impressionnantes par la perfection des résultats.

La discussion porte sur deux points :

1° sur la voie d'accès aux ménisques ;

2° sur l'ablation totale ou partielle.

L'ablation partielle peut se faire avec de petites incisions : l'Arthrotomie longitudinale para-rotulienne des Anglais, ou la simple incision transversale, sur laquelle nous reviendrons plus loin ; l'ablation complète des Ménisques par l'Arthrotomie transversale avec section du ligament latéral interne (Tavernier).

Mais on cherche à donner plus de jour au champ opératoire si réduit dans le genou, par :

les grandes Arthrotomie en U ;

les Arthrotomie transrotuliennes verticales ;

les grandes incisions transversales antérieures à formes variées, avec ou sans section de la rotule ou du ligament rotulien ;

les incisions multiples.

Toutes ces interventions peuvent, dans des cas compliqués, être nécessaires. Lorsqu'on pratique une intervention, le plan primitif peut être obligatoirement modifié, selon les lésions trouvées ou les complications que le diagnostic n'a pu révéler.

Notre Maître, M. le Professeur Patel, est d'avis que dans la plupart des cas, on peut commencer par une incision horizontale partant de la rotule, allant jusqu'au ligament latéral interne, qui sera respecté ;

cette incision permettra (Observations II et III) d'enlever les parties déchirées, respectant ce qui est adhérent au tibia. Si le champ opératoire n'est pas assez dégagé, on incisera légèrement le ligament interne (Observation I), celui-ci n'étant sectionné complètement qu'en cas de nécessité absolue. Le Professeur Patel ne préconise pas systématiquement, dans tous les cas, cette incision ; dans les deux cas rapportés par lui au Congrès de Chirurgie de 1926, où il a enlevé successivement les deux ménisques, il s'est vu obligé, pour mener à bien ces interventions, à des Arthrotomies avec bien plus vastes délabrements.

Mais le Professeur Patel est d'avis de faire des méniscectomies partielles toutes les fois qu'il est possible, cela pour la solidité à venir de l'articulation et la rapidité de la guérison opératoire.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est d'emblée, systématiquement, les grandes incisions avec mutilation du ligament latéral interne, section de la rotule ou du ligament rotulien, ou incisions multiples. Pour des cas comme les trois que nous citons, le Professeur Patel a fait :

- économie de traumatisme opératoire ;
- économie de ménisques enlevés ;
- économie de suites opératoires.

Dans ces trois cas, il y a eu, avec un minimum de temps, des résultats parfaits.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Rupture du ménisque interne du genou gauche.
Ablation de la partie antérieure du ménisque.*

M^{lle} Marguerite Bl..., 16 ans, vient à l'hôpital pour des phénomènes douloureux du genou gauche survenus après un accident.

En août 1926 (il y a six mois), elle voulut sauter de la lucarne d'un grenier sur le sol; elle tombe sur le pied gauche, le genou en demi-flexion; la jambe ne peut s'étendre et reste en demi-flexion pendant sept jours; après une forte traction, un violent craquement se produisit et la jambe se remit en place.

La marche est ensuite reprise avec douleur; de nouveaux blocages de l'articulation se reproduisent fréquemment et deviennent de plus en plus difficiles à réduire.

Elle entre à l'hôpital en février 1927; à ce moment le genou gauche est augmenté de volume, l'hydarthrose est nette; il existe de la douleur à la pression sur le côté interne de l'interligne du genou; les mouvements sont tous conservés, sans craquements.

16 février 1927 : intervention.

Incision latérale interne du genou, allant jusqu'au bord du ligament interne.

La synoviale du genou est épaissie et rouge. A l'ouverture de l'articulation, il s'écoule un liquide sanguinolent; on voit très net-

tement la partie antérieure du ménisque interne qui flotte complètement dans l'articulation ; la déchirure est très nette transversale et siège au tiers postérieur du ménisque interne.

Pour enlever les deux tiers antérieurs, on incise légèrement le ligament latéral interne. Ablation de la partie antérieure du ménisque ; la partie postérieure est laissée en place, adhérent normalement au plateau tibial.

Suites opératoires : levée le 4 mars, deux semaines après l'opération ; le genou fléchit à 45° ; pas de mouvements latéraux du genou.

17 mai 1927 : Genou normal très solide, sans mouvements latéraux ; la marche est normale ; pas de blocage.

1931 : La malade, revue quatre ans après l'intervention, a un genou normal. N'a jamais eu d'incidents.

OBSERVATION II

Déchirure du ménisque interne du genou gauche par accident de football. — Blocages consécutifs et fréquents du genou. — Ablation de la partie antérieure du ménisque interne déchiré transversalement.

M^r S..., 21 ans. Au printemps 1935, ressent une douleur très vive dans le genou gauche au cours d'une partie de football. Pas de blocage immédiat. Quelques jours après, en reprenant la marche, blocage passager dont la fréquence devient de plus en plus grande, la marche devenant de plus en plus difficile.

L'examen du genou le montre sec, sans hydarthrose, sans craquements, avec des mouvements normaux, sans douleurs en dehors du blocage.

Radiographie négative.

Le 29 juillet 1935, intervention : incision latérale interne sans toucher au ligament latéral interne.

Après ouverture de l'articulation, on voit une déchirure transversale au tiers antérieur du ménisque interne; les deux extrémités de la déchirure du ménisque flottent dans l'articulation.

Ablation du tiers antérieur du ménisque et ablation de l'extrémité flottante au fragment postérieur.

Fermeture de l'articulation.

Immobilisation au lit quinze jours.

Résultat très bon. Genou normal solide, sans mouvements latéraux.

OBSERVATION III

Entorse du genou droit : accident de ski il y a trois ans. — Phénomènes de blocage du genou survenus depuis un mois. — Ablation de la moitié antérieure du ménisque interne, déchiré transversalement.

M^{lle} M..., 38 ans. Accident de ski il y a trois ans et demi, au cours duquel elle se tord le genou dans une chute violente. Après quelques jours, reprise de la marche, sans douleur pendant deux ans.

Depuis un an elle ressent de temps en temps des douleurs dans le genou droit, mais pouvait continuer à marcher; il y a un mois, un blocage s'est produit, la jambe s'est mise brusquement en demi-flexion et, pendant huit jours, la malade ne peut l'étendre; second blocage il y a quinze jours, ayant duré également huit jours.

A son entrée, le genou droit est sec, sans hydarthrose, sans point douloureux; il y a une atrophie de deux centimètres à la jambe et à la cuisse droites.

La radiographie est négative.

Le 5 octobre 1939 : intervention. Rachianesthésie. Incision latérale interne du genou n'intéressant pas le ligament latéral interne.

Après l'ouverture de l'articulation, on constate une déchirure

extrêmement nette, transversale, occupant la partie moyenne du ménisque.

L'extrémité postérieure du fragment antérieur flotte, tandis que l'extrémité antérieure du fragment postérieur est fixée normalement.

Ablation de cette partie antérieure sans toucher au ligament latéral interne.

Fermeture de la synoviale. Immobilisation de 48 heures.

20 octobre : La malade commence à marcher ; tout fait prévoir des suites normales.

Actuellement, marche normale, genou solide.

Examen de la pièce. — La partie du ménisque enlevée présente au niveau de la déchirure un bord arrondi, lisse, témoignant d'une cicatrisation ancienne ; de plus, l'insertion sur le tibia de la partie enlevée du ménisque s'arrête à 2 centimètres de la déchirure, et on voit ainsi la partie du ménisque non adhérente qui, formant une languette, déterminait le blocage.

CONCLUSIONS

I. — Les lésions des ménisques du genou intéressent surtout le ménisque interne. Ce dernier est déchiré de façons différentes : rupture longitudinale plus ou moins étendue, rupture transversale, désinsertion.

II. — Ces lésions se traduisent par une triade symptomatique très nette : douleur, blocage, poussée d'hydarthrose, cette dernière pouvant manquer.

III. — L'indication opératoire résulte surtout du blocage, qui cause une véritable infirmité dangereuse.

IV. — L'intervention chirurgicale peut souvent se limiter surtout dans les déchirures transversales, à une extirpation partielle, qui nécessite une ouverture articulaire petite, n'intéressant souvent pas le ligament latéral interne, ce qui ménage la solidité ultérieure de l'articulation.

Vu :

Le Doyen,
Jean LÉPINE.

Le Président de la Thèse,
M. PATEL.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 octobre 1939.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
LIRONDELLE.

